

TRAITEMENT

N° 9

DE

L'HÉPATITE SUPPURATIVE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 22 décembre 1894

PAR

Lionel FERRAND

Né à Marseille (Bouches-du-Rhône)

LAURÉAT DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE (CONCOURS 1882 ET 1883)

MÉDAILLE D'ARGENT DU MINISTÈRE DU COMMERCE ET DE L'INDUSTRIE (ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE 1885)

MÉDAILLE D'ARGENT DU MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR (SERVICE DE LA VACCINE 1890)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN ET MONTANE

(Ancien Hôtel de la Faculté des Sciences)

1894

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET. DOYEN
CARRIEU. ASSESSEUR

Professeurs

Médecine légale et toxicologie.	MM. JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL (*).
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Clinique médicale.	GRASSET.
Clinique chirurgicale.	TEDENAT.
Id. LAPEYRE (Ch. du c.)	
Clinique obstétric. et gynécol.	GRYNFELTT.
Anatomie pathologique et histologie	KIENER (*).
Thérapeutique et matière médicale.	HAMELIN (*).
Anatomie.	PAULET (O. * *).
Id. GILIS (Ch. du c.)	
Clinique médicale.	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET.
Physique médicale.	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Opérations et appareils.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie.	HÉDON.
Pathologie interne.	N...
Id. RAUZIER (Ch. du c.)	

Chargés de Cours complémentaires

Clinique annexe des maladies des enfants.	MM. BAUMEL, agrégé.
Accouchements.	GERBAUD, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards.	SARDA, agrégé.
Pathologie externe.	ESTOR, agrégé.
Histologie.	DUCAMP, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. SERRE	MM. SARDA	MM. RAUZIER
BAUMEL	ESTOR	LAPEYRE
GERBAUD	HEDON	MOITESSIER
GILIS	LECERCLE	
BROUSSE	DUCAMP	

MM. H. GOT, *secrétaire*.
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire*.

Examineurs de la Thèse

MM. KIENER, <i>président</i> .	MM. SARDA, <i>agrégé</i> .
HAMELIN, <i>professeur</i> .	RAUZIER, <i>agrégé</i> .

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.



A la mémoire de mon Père et de ma Mère

A MA FAMILLE

L. FERRAND.

A MES MAITRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le professeur KIENER

A MES AMIS

L. FERRAND.

INTRODUCTION

L'hépatite suppurative n'est pas rare à Marseille et nous avons été frappé du nombre relativement considérable que l'on en observe dans ses hôpitaux.

Marseille, en raison de son importance maritime, de ses relations commerciales avec l'Afrique, l'Inde, la Cochinchine et l'extrême Orient, voit lui arriver chaque jour des malades qui ont contracté dans ces pays le germe de leur affection et parmi eux, un certain nombre atteints d'*abcès du foie*.

Mais à côté des cas où l'origine exotique ne peut être contestée, il en est d'autres où les sujets n'ont jamais quitté soit Marseille, soit le midi de la France. Pour ces derniers, le climat apparaît comme le véritable facteur étiologique, et si on songe à la fréquence des maladies du tube digestif dans notre région, on conçoit aisément qu'il puisse en être ainsi. D'ailleurs les relations de l'hépatite suppurative avec les affections intestinales et particulièrement avec la dysenterie, est un fait nettement établi. *Monneret* regardait l'hépatite consécutive à la dysenterie de nos climats comme relativement fréquente, et le professeur *F. Arnaud* insiste sur la fréquence des abcès du foie à Marseille.

Nous n'avons pas l'intention d'étudier l'étiologie de l'hépatite suppurative; nous désirons nous placer simplement dans ce travail au point de vue thérapeutique.

Le traitement de l'hépatite suppurative doit être considéré, comme la maladie elle-même, sous deux aspects différents,

sùivant qu'on se trouve à la période *pré-suppurative*, ou à celle d'*abcès confirmé*. Dans la première, il sera purement médical, les troubles congestifs prédominent, la phlegmasie est tout, et il convient de mettre en œuvre les différents moyens qui permettent de l'enrayer, ce qui heureusement est possible dans bien des cas. Plus tard, soit que l'on n'ait pu arrêter l'inflammation dans sa marche, soit que le malade ne se présente qu'à la seconde période, l'abcès existe et il convient de l'évacuer au dehors, tout en obéissant aux diverses indications qui découlent de l'état général du sujet.

Nous diviserons donc cette étude en trois parties : la première aura trait au traitement médical, la seconde au traitement chirurgical, la troisième aux observations.

TRAITEMENT

DE

L'HÉPATITE SUPPURATIVE

TRAITEMENT MÉDICAL

SAIGNÉE. — *Annesley*, qui assignait, dans la pathogénie des abcès du foie, un rôle prépondérant à la pléthore abdominale, était grand partisan de la saignée. Il dit que c'est le moyen le plus héroïque auquel on puisse avoir recours, et il ajoute qu'il a pu parfois regretter de ne pas avoir suffisamment saigné, mais jamais d'avoir tiré trop de sang. Au début des formes franches, telles qu'on les observe chez les Européens nouvellement débarqués aux Indes, sa formule générale était une ou deux saignées suivies de l'application de vingt à trente sangsues sur l'hypocondre droit. Il était plus parcimonieux, même dans les formes aiguës; chez les anciens résidents, les alcooliques et les paludéens, les saignées locales lui paraissaient alors suffisantes.

Ce fut, à quelque chose près, la pratique de *Morehead* et celle de *Dutroulau*, qui, dans les formes inflammatoires, prati-

quait une saignée générale et appliquait, dès le premier jour, des ventouses scarifiées sur le foie ; le lendemain, il ordonnait une nouvelle saignée ou des bains, selon le degré de tension et de dureté du pouls. Cet auteur devait revenir plus tard sur sa manière de voir, et il marque en note de la dernière édition de son ouvrage (1868) qu'il serait sans doute moins prodigue d'émissions sanguines qu'il ne l'avait été ; on subit toujours plus ou moins, ajoute-t-il, l'influence des doctrines régnantes.

La doctrine de *Broussais*, à laquelle *Dutroulau* fait allusion, qui avait réduit à la saignée et à la diète le traitement de l'hépatite, subit, vers 1840, une réaction qui profita peu à cette maladie. Aussi *Catteloup* recommande de saigner modérément dans la dysenterie ; mais il regarde l'ouverture de la veine comme indispensable dans l'hépatite. Il ne pratique cependant la saignée que si le sujet est au début de son affection et s'il n'est point épuisé par les privations et les fatigues ; mais il saigne quand même, les signes locaux étant peu intenses, si l'hépatite est compliquée de dysenterie, ce qui était regardé, de son temps, comme une contre-indication absolue.

Cambay pose mieux les indications de la saignée : « Si l'hépatite suit la dysenterie chez un Européen bien conservé, dans la force de l'âge, débarqué depuis peu de temps et d'une constitution sanguine, on prescrit immédiatement une saignée de 4 à 500 grammes. Chez l'Européen qui réside depuis longtemps dans les pays chauds, qui est d'un âge mûr, ou affaibli par les travaux, les fatigues, les privations ou par les excès, et qui a un tempérament nerveux ou lymphatique, on ne saigne pas et on se contente de poser dès le premier jour des sangsues dont le nombre varie de quinze à vingt. Si, ensuite, les symptômes morbides ne diminuent pas, on prescrit le lendemain des ventouses scarifiées sur l'endroit douloureux. Chez l'indigène on tire encore moins de sang. Lorsque l'hépatite survient chez un dysentérique qui est très affaibli et dans la quatrième

ou la cinquième semaine de sa maladie, il est impossible de lui tirer du sang. »

Il convient d'ajouter que du temps d'*Annesley* tous les médecins qui exerçaient aux Indes n'étaient pas partisans de la saignée, que beaucoup la rejetaient comme contraire à une phlegmasie qui affectait si souvent une forme lente et insidieuse. *Haspel* ne la croit applicable qu'au plus petit nombre des cas ; *Mac-Lean* est un de ses adversaires les plus ardents : il la rejette absolument ; il déclare n'avoir appliqué quelques sangsues que dans des cas exceptionnels ; il l'accuse même de favoriser la suppuration.

De nos jours, la saignée est tombée dans un discrédit complet, et, sans vouloir ici en prendre la défense, nous croyons qu'elle peut être utile dans les formes aiguës, chez les individus nouvellement arrivés dans les pays chauds ; elle calme la douleur et diminue la tension de l'hypocondre. Dans les autres cas, et surtout dans les formes subaiguës et chroniques, il faut s'en tenir aux applications de ventouses scarifiées et de sangsues appliquées sur l'hypocondre droit ou au pourtour de l'anus. Il convient de ne pas oublier que l'hépatite, comme le disent fort bien MM. *Kelsch* et *Kiener*, est « une affection dont la durée est toujours longue, qui porte une atteinte profonde à la nutrition, qui, le plus souvent, s'accompagne de dysenterie et survient chez des sujets épuisés par les fièvres, les climats, les fatigues et les privations des expéditions. »

MERCURIAUX. — « Le calomel a été pendant un demi-siècle le médicament traditionnel des inflammations du foie. On l'administrait à toutes les périodes et dans toutes les formes de l'hépatite, à titre d'altérant et d'antiphlogistique ; on supposait qu'il agissait directement pour résoudre les engorgements du foie et faire résorber les épanchements plastiques. » — (*Rendu.*) *Annesley* le donnait après les émissions sanguines, pour stimu-

lier et modifier la sécrétion biliaire ; il l'administrait à la dose d'un gramme, le soir, suivi, le lendemain, d'un purgatif, ce qui suffisait, d'après lui, si les émissions sanguines avaient été copieuses. Le calomel devait, pour être efficace, produire la salivation, et il est à remarquer qu'*Annesley* la recherchait par des doses massives et non par des doses fractionnées qu'il croyait capables de produire dans le foie un état sub-inflammatoire susceptible par lui-même d'amener la suppuration.

Morehead donne le calomel à doses fractionnées, associé à l'ipéca et à l'opium. Pour lui, le calomel augmente les sécrétions biliaires et intestinales, dégage le système porte et, par conséquent, décongestionne le foie. Il le proscrit chez les cachectiques et dans les phases avancées, comme pouvant amener la dysenterie ; il le remplace par la liqueur de potasse ou, mieux, par l'iodure de potassium. *Catteloup*, ses contemporains et ses successeurs, emploient le calomel associé à l'ipéca et à l'opium, suivant la méthode anglaise. *Mac-Lean* refuse au calomel, sinon toute efficacité, du moins toute action spécifique et résolutive. Pour lui, ce médicament n'a aucune puissance pour arrêter la suppuration ; loin de là, par l'affaiblissement qu'amène la salivation, il contribuerait plutôt à précipiter la marche de la maladie.

Ces contradictions ne doivent pas, à notre avis, faire rejeter le calomel du traitement de l'hépatite, bien que de nos jours on tende à en restreindre l'emploi. Ce médicament « n'augmente pas la sécrétion biliaire et par conséquent le travail de la glande malade ; il n'agit pas sur les éléments sécréteurs, mais excite la contraction des conduits excréteurs de la bile en même temps qu'il la modifie peut-être ; il débarrasse le foie d'un trop plein relatif. » (*Murchisson*). — Le calomel donne de très bons résultats comme cholagogue et antiseptique intestinal ; il sera employé contre les accidents aigus de l'hépatite et administré non à dose altérante mais à dose purgative, comme le faisait

Annesley, sans cependant rechercher, comme lui, la salivation, qu'il convient au contraire d'éviter, comme le conseille *Haspel*. Il n'y a, pour nous, aucune raison de le rejeter en cas de complication dysentérique.

IPÉCA. — L'ipéca peut être employé aux mêmes doses que dans la dysenterie, en place de calomel. *Mac-Lean* lui donne la préférence; il l'administre en lavage, quelquefois avec adjonction d'un peu d'opium, pour mieux le faire tolérer. Lorsque l'ipéca est pris dans un état de dilution convenable et à doses fractionnées, il ne détermine pas de vomissements, mais produit une sédation notable dans la circulation générale; il fait contracter les artérioles, tout en amenant un état nauséeux suivi de diaphorèse abondante et d'évacuation de selles bilieuses. Ce médicament présente une analogie complète avec le tartre stibié dans ses effets locaux et généraux, à cela près qu'il déprime moins. Son action contro-stimulante, qu'on peut facilement observer chez l'homme qui a ingéré une infusion de 2 à 4 grammes d'ipéca dans 150 grammes d'eau, par cuillerées à potage toutes les heures, a été bien mise en évidence par *Péchohier* dans les expériences que ce physiologiste a entreprises sur les animaux. Peut-être devrait-on le préférer au calomel lorsque l'hépatite est compliquée de dysenterie. Notons qu'*Haspel* avait remarqué que l'ipéca était bien moins toléré dans l'hépatite que dans cette dernière maladie, et qu'il recherchait l'hépatite chez tout dysentérique qui le supportait mal.

TARTRE STIBIÉ. — *Saiget*, cité par *Haspel*, recommande l'émétique à haute dose dans l'hépatite et ce dernier indique que l'efficacité du tartre stibié est en raison directe de son intolérance. Les médecins de nos colonies l'ont employé à doses rasoriennes sur la foi de son action dans la pneumonie. *M. Béranquier*, cité par *Dutroulau*, a employé, à la Martinique, le tar-

tre stibié à dose contro-stimulante et déclare s'en être bien trouvé. D'après le docteur *Thèse*, cité également par *Dutroulau*, l'émétique réussirait mieux que le calomel dans l'hépatite dégagée de toute complication dysentérique et la résolution se produirait dès que la tolérance est établie, ce qui n'est pas conforme à l'opinion d'*Haspel*. *Cutcliffe* (*indian Lancet*, février 1860), a employé aux Indes un traitement analogue; il associe le tartre stibié avec le nitrate de potasse. Sans avoir la compétence nécessaire pour trancher la question, nous ferons simplement observer que les malades sont en général bien faibles pour leur donner un remède dont l'action à dose contro-stimulante est éminemment dépressive.

OPIMUM. — *Annesley* ajoutait un peu d'opium à l'ipéca et au calomel lorsque l'hépatite était accompagnée de désordres intestinaux, et nous avons vu que *Morehead*, les médecins des colonies et ceux de la marine faisaient des associations semblables.

Nous lisons dans *Kelsch* et *Kiener* : « L'opium et ses alcaloïdes trouvent leur emploi chez les sujets impressionnables, dans les cas où la douleur à l'hypocondre et à l'épaule est extrêmement vive, lorsque l'insomnie est rebelle ou que les vomissements et le hoquet tourmentent incessamment le malade. Ils sont contre-indiqués dans les recrudescences aiguës de la dysenterie, à moins que celle-ci ne s'accompagne de coliques très vives, car nous estimons qu'il y aurait inconvénient à supprimer brusquement dès son début un flux intestinal qui produit très souvent une sorte de dérivation salutaire à l'hépatite. » Nous ne pouvions mieux faire que de reproduire cette appréciation, qui donne, à notre avis, la note juste du médicament.

ALCALINS. — « Les alcalins n'ont aucune action sur le foie en tant qu'organe sécréteur; ils agissent sur la sécrétion

biliaire, la modifient en même temps qu'ils régularisent les fonctions digestives ; ils améliorent la nutrition et la circulation hépatique, ils calment l'inflammation de la muqueuse duodénale (*Dujardin-Beaumetz.*) » Le docteur *Collas* dit bien avoir prescrit avantageusement une potion avec 8 à 15 grammes de bi-carbonate de soude et 20 à 30 grammes de sirop diacode après une application de sangsues et simultanément des fomentations à l'essence de térébenthine. Mais nous croyons que la sphère d'action des alcalins est dans les formes torpides qui débutent avec des allures de chronicité et surtout chez les convalescents, où l'engorgement persistant du foie ne pourra que bénéficier d'une cure à Vichy qui joindra l'action de son climat à celle des alcalins. « Vichy est le triomphe de la congestion hépatique chronique. » (*Dujardin-Beaumetz.*)

QUININE. — La fièvre n'a pas dans l'hépatite une marche bien définie. Tantôt périodique, le plus souvent rémittente, elle finit par devenir continue avec exacerbations vespérales pour s'abaisser d'une façon notable lorsque le pus est collecté. On combattra l'exacerbation fébrile du début par le chlorhydrate de quinine administré à dose convenable ; plus tard, lorsqu'on aura constaté les signes qui accompagnent la formation de l'abcès, on ne le donnera plus qu'à petites doses. C'est alors que le quinquina, surtout le vin de Seguin, devra être prescrit, ainsi que les toniques sous toutes les formes. — Il pourra être utile à cette période de réaliser l'antisepsie intestinale à l'aide du salol et du benzonaphtol.

On emploiera aussi la quinine contre les frissons périodiques dépendant de l'impaludisme qui peut venir compliquer l'hépatite dans ses formes aiguës et subaiguës. C'est encore à la quinine qu'on aura recours contre les accès pernicieux à forme algide ou ataxique, qui sont une complication assez

fréquente sous les tropiques et dont *Dutroulau* a rapporté des exemples.

Ici, il faut agir vite, et c'est 1 gr., 2 gr. et plus qu'on administrera sous forme de lavements ou mieux encore d'injections hypodermiques.

VOMITIFS. — *Catteloup* rejetait l'emploi des vomitifs, en raison de leur action irritante sur les premières voies ; les médecins de l'Algérie et de nos colonies préféraient parfois les vomitifs aux purgatifs contre l'état aburral.

Les vomitifs, excepté au début lorsque l'état gastrique est très accusé, doivent être absolument proscrits. On ne peut à une certaine distance du début (nous parlons ici des formes aiguës) être certain qu'il n'y a pas de pus collecté, et les efforts des vomissements peuvent, ce qui est d'ailleurs arrivé, provoquer la rupture de l'abcès et la mort subite ou rapide.

PURGATIFS. — Les purgatifs ont été employés d'une façon générale et leur indication est nette dans une maladie où la constipation se rencontre souvent. *Annesley* employait après le calomel, le tartrate de potasse, le jalap, l'huile de castor, l'infusion composée de séné et de gentiane. *Morehead* se servait du calomel et des purgatifs pour produire indirectement la déplétion du réseau hépatique. Mais, si la fièvre persistait, il n'employait plus que les évacuants légers, le calomel et les purgatifs énergiques pouvant produire des ulcérations intestinales. *Budd* associait la rhubarbe à l'aloès. Les médecins de l'Algérie, en cas d'état saburral, employaient les purgatifs avant toute chose, « et comme l'usage du calomel ne pouvait être continué pendant longtemps, ils se trouvaient bien des purgatifs salins et mieux encore des purgatifs végétaux : huile de ricin, séné, rhubarbe, aloès, si la maladie était déjà an-

cienne. » (*Kelsch* et *Kiener*). — *Dutroulau* et nos médecins de la marine donnaient pendant plusieurs jours du petit-lait manné, dont l'effet laxatif ne fatigue pas les malades. En somme, que dès l'abord on administre ou non le calomel, les purgatifs doux sont utiles et parmi eux les moins irritants.

RÉVULSIFS ET TOPIQUES DIVERS. — *Annesley* employait les vésicatoires, les sétons et les applications de solution nitro-muriatique sur la région du foie quand l'hépatite tendait vers la chronicité. *Morehead* prescrivait, dans les mêmes conditions, les vésicatoires et les autres moyens révulsifs. *Catteloup* faisait succéder aux émissions sanguines l'emploi des moxas, des cautères et des vésicatoires permanents. *Monneret* insistait beaucoup sur l'action favorable de la médication révulsive, et nous avons été fortement étonné de ne rien trouver à ce sujet dans l'important article que *Murchisson* consacre dans son livre, au traitement de la congestion hépatique. On a aussi appliqué, après les sangsues et les ventouses scarifiées, les pointes de feu, de petits cautères à la pâte de Vienne qu'on laisse suppurier quelques jours après la chute des escarres, la teinture d'iode, les applications térébenthinées, les cataplasmes émollients seuls ou accompagnés de frictions à l'onguent napolitain, des compresses de flanelle imbibées d'un liquide mucilagineux et tiède, des liniments narcotiques, etc. — Notons, en terminant, que la glace à demeure dès les premiers symptômes inflammatoires aurait donné, à quelques praticiens, de bons résultats.

C'est aux vésicatoires volants et aux pointes de feu répétées que nous aurions le plus volontiers recours et nous les mettrions en œuvre lorsque l'hépatite est sur cette limite indécise qui sépare la résolution de la période suppurative.

Quelquefois, malgré l'emploi des moyens les plus judicieux, l'inflammation continue sa marche et aboutit à la suppuration ; parfois aussi on ne voit les malades qu'à cette période de leur affection. De nombreuses observations prouvent que l'abcès du foie peut s'enkyster et se résorber peu à peu sans amener de troubles fonctionnels. C'est un mode de guérison possible, quoique rare ; mais il faut en être prévenu et le rechercher car, bien qu'il ne puisse être que temporaire, il permet de renvoyer le malade en Europe, s'il est dans les pays chauds, ou de le placer dans les conditions les plus favorables pour amener sa guérison définitive. *Dutroulau* a rapporté une observation remarquable, où le pus était manifestement formé ; le malade a pu guérir sans opération. *M. Barthélemy* (Thèse de *Bonnaud*) a vu plusieurs cas de ce genre se terminer par la guérison. *Corre* a vu un abcès du foie, faisant une saillie nettement délimitée au dessous du rebord costal, mais n'offrant encore aucune fluctuation bien appréciable, disparaître à la suite d'une application de potasse caustique qu'il avait prescrite dans le but de préparer au pus une voie à l'extérieur. Une autre fois, dit-il, à la suite de ponctions infructueuses une amélioration sensible, explicable seulement par l'action des révulsifs, se produisit dans les phénomènes locaux et généraux. Enfin, chez un troisième malade souffrant depuis longtemps, il vit une tumeur du lobe droit rétrograder et la santé revenir, contre toute espérance, par l'emploi de la pommade iodée de *Valleix* et l'administration interne de l'iodure de potassium. Il est regrettable que cet auteur n'ait pas cru, du moins pour sa première observation, faire une ponction exploratrice, ce qui aurait donné à cette dernière une bien plus grande valeur. Quant au troisième cas sus-mentionné, toujours en l'absence de ce moyen de diagnostic, et bien que nous ne voulions pas mettre en doute l'action résolutive de l'iodure, il est permis de se demander

s'il n'avait pas affaire à une hépatite syphilitique. La guérison spontanée de l'hépatite suppurative ne fait cependant aucun doute, puisque l'on a trouvé à l'autopsie des traces de cicatrices d'anciens abcès du foie parfaitement guéris. Aussi doit-on toujours chercher par le traitement médical à résoudre l'hépatite, quitte, en cas d'insuccès, à la traiter chirurgicalement.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Dès que l'on est certain de la présence du pus, il n'y a plus rien à espérer du traitement médical. Soutenir les forces du malade par une alimentation réparatrice, en rapport avec l'état de son tube digestif, combattre les accès fébriles vespéraux par la quinine et administrer les toniques sous toutes les formes, surtout le quinquina : voilà toute la thérapeutique. L'intervention chirurgicale s'impose. Nous allons examiner quand et comment il faut intervenir.

1° QUAND FAUT-IL INTERVENIR ? — *Annesley* attendait la formation extérieure d'une tumeur fluctuante et la rougeur des téguments. *Morehead*, qui suivait sa pratique, devint plus tard on ne peut plus réservé dans l'intervention chirurgicale. *Ranald Martin* (1) et *Budd*, compatriotes d'*Annesley*, et plus tard *Mac-Lean*, à qui sa situation d'Inspecteur général du service de santé aux Indes donnait une grande autorité, rejettent l'ouverture artificielle, même quand la fluctuation est de toute évidence, et se déclarent partisans de l'expectation absolue. Pour eux, les abcès qui s'éliminent par les voies naturelles donnent le maximum de guérisons et ils regardent l'ouverture dans le poumon ou les bronches comme la plus favorable ; vient ensuite celle dans l'intestin. Bref, la crainte de septicémie et d'épanchement de pus dans le péritoine, auxquels on

(1) Treatment of the suppurative stage of acute hepatitis.— The Lancet, 1864.

expose les malades, quoi qu'on fasse, d'après eux, est la raison fondamentale de leur conduite expectante.

Il est certain, surtout aujourd'hui, que cette crainte est chimérique. Mais, même en se rapportant à l'époque où elle était formulée, il n'y a qu'à consulter la statistique pour voir combien peu elle était sérieuse. D'après le tableau relatif aux divers modes de terminaison des abcès du foie (*Dict. encyclop. Sciences méd. Art. Foie*) on voit que le pus s'élimine par le poumon ou les bronches dans dix pour cent des cas et par l'intestin dans deux pour cent seulement ; une proportion de cinquante-cinq pour cent d'abcès restent enclavés dans l'intérieur du foie, et tous ces cas sont presque voués à une mort certaine. D'autre part, *de Castro* (1) a relevé les registres des hôpitaux d'Alexandrie et il a trouvé, pendant l'année 1866, une mortalité de plus de 75 0/0 chez les sujets non opérés et de 48 0/0 seulement chez les opérés. La Société d'Alexandrie a repris la question, en élargissant son cadre, et voici les résultats de son enquête :

SUR 123 CAS D'HÉPATITE SUPPURÉE :

Non opérés.	morts 80 p. 100
Opérés.	— 32 p. 100

Grands abcès :

Non opérés.	— 88 p. 100
Opérés.	— 68 p. 100

Petits abcès :

Non opérés.	— 69 p. 100
Opérés.	— 30 p. 100

(1) Union Médicale, 1870.

D'un autre côté, *Cameron* (1) cite des faits de *Murray* et des exemples personnels qui prouvent que la chirurgie a permis de sauver des malades dont l'état était absolument désespéré. Les médecins de l'Algérie se sont de bonne heure prononcés pour l'intervention chirurgicale. *Rouis* et surtout *Haspel* conseillent d'opérer dès que l'on est certain de la présence du pus. *Dutrroulau* (et la plupart des chirurgiens de la marine de son temps ont suivi son exemple) opérait tard ; il redoutait les ouvertures prématurées qui peuvent être suivies d'épanchement purulent dans le péritoine. Un cas malheureux, où il vit l'incision pratiquée au niveau d'un point fluctuant et oedémateux être suivie rapidement de péritonite mortelle, fut la cause de ses craintes. *Sachs* et *de Castro* ouvraient les abcès du foie le plus tôt possible, avant qu'ils eussent atteint la surface de l'organe, et, dans ce but, ils pratiquaient la ponction exploratrice.

Si l'on compare les résultats obtenus par ces diverses manières d'agir, on voit : 1° que les abcès du foie abandonnés à eux-mêmes se terminent par la mort au moins 80 fois sur 100 ; 2° que l'intervention tardive donne encore 70 pour 100 de mortalité ; 3° que les médecins qui se sont efforcés d'intervenir de bonne heure ont eu : *Sachs* 60 % de décès et *de Castro* (cas personnels unis à ceux de ses collègues d'Alexandrie) 48,26 % ce qui, sans être brillant, représente encore un progrès notable.

C'est dans ces conditions que *Stromeyer-Little* (de Shanghai), qui était partisan de l'intervention hâtive, en appliquant à sa méthode le pansement de *Lister* dans toute sa rigueur, a fait tomber la mortalité à 23 % environ, d'après la statistique relevée par le docteur *Boinet*, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille, ancien agrégé de la Faculté de Montpellier.

(1) On the treatment of acuti hepatitis. — The Lancet 1863.

Nous venons de voir que l'expectation pure et simple n'est pas soutenable et que, plus l'intervention chirurgicale est hâtive, plus les résultats sont satisfaisants. En effet, que peut-on gagner à attendre la saillie externe de l'abcès, sa fluctuation franche, l'œdème des parois, la rougeur des téguments? On s'expose aux larges destructions du tissu hépatique, « à la transformation kystique des parois de l'abcès qui deviennent dures, solides, d'une cicatrisation difficile » (*D^r Boinet de Paris*), à sa rupture dans le poumon ou l'intestin, d'où suppuration interminable et danger d'infection putride, ou à la mort rapide par rupture dans le péritoine. Les malades peuvent encore, d'après le professeur *A. Fabre*, succomber d'une manière inopinée; cette terminaison serait due à un trouble dans l'innervation du grand sympathique, qui peut amener un état cholériforme ou tout au moins l'algidité. A cette cause principale peut se joindre comme adjuvante la cholémie.

Doit-on s'abstenir si l'on soupçonne l'existence d'abcès multiples? Nous ne le pensons pas. D'abord, le fait est très difficile à affirmer; la meilleure des preuves est que leur diagnostic ne se fait guère que sur la table d'autopsie; et puis, pourquoi ne pas tenter la guérison de celui qui appelle l'attention, quitte, en cas de continuation des accidents, à rechercher, par la ponction exploratrice, une nouvelle collection purulente et à l'évacuer de même? *Zancarol* (1), qui possède une statistique portant sur un grand nombre de cas, a remarqué que si, depuis l'ouverture de l'abcès, la fièvre monte et la diarrhée continue, c'est qu'il existe des abcès multiples.

L'état général grave, la période avancée de la maladie, la fièvre hectique ne sont pas des contre-indications à l'opération. On se souviendra des exemples de *Cameron* et de *Murray*, du cas du *D^r Ayme*, de celui d'un lieutenant d'infanterie de marine

(1) Congrès des médecins grecs, 1887.

dont l'observation est rapportée par *Long*, et on ne refusera jamais au malade la dernière chance de salut.

Serait-on autorisé à opérer lorsque l'abcès s'est déjà ouvert spontanément à l'intérieur ? Nous répondons carrément : oui. L'expectation conduit le plus souvent à la mort par infection putride. Il faut aller, l'aiguille de l'aspirateur en main, à la recherche de l'abcès, l'ouvrir largement et en modifier les parois par des injections antiseptiques. *William* et *Godlée* (1) n'ont pas hésité, d'ailleurs, à intervenir dans plusieurs cas de bronchectasie et toujours ils ont obtenu une guérison ou une amélioration très appréciable.

2° COMMENT FAUT-IL INTERVENIR ? — Les différents procédés qui ont été et sont actuellement employés pour la cure des abcès du foie visent à obtenir des adhérences protectrices entre la paroi abdominale, le péritoine et la glande hépatique ; un seul, celui de *Little*, ne s'en préoccupe absolument pas. On peut encore les diviser en procédés lents et en procédés rapides. Dans le premier groupe se trouvent ceux de *Graves*, de *Bégin* (2), de *Mac-Lean*, de *Trousseau*, de *Récamier* ; dans le deuxième, ceux de *Horner*, de *Gambay*, avec de nombreuses variantes, de *Dieulafoy*, avec ou sans injections médicamenteuses. Enfin une place à part est due à celui de *Little* et à ses modifications. C'est l'ordre que nous adopterons dans leur exposé.

Le lieu d'élection où se pratiquera l'ouverture artificielle de l'abcès est forcément variable. Il sera relatif à son siège, au point où il se rapproche le plus de la surface du foie ; enfin, à ses rapports avec les parties voisines. Le professeur *Arnaud* signale le point douloureux maximum à la pression comme un bon

(1) *Semaine Médicale*, 1866.

(2) *Mémoire sur l'ouverture des collections purulentes de l'abdomen*. — *Journal univ. hebd. méd.* 1828.

signe, dans la majorité des cas, du siège de la collection purulente, même si elle est profonde et s'il n'existe pas d'adhérences. Mais il manque quelquefois, et alors il faut s'efforcer d'établir le diagnostic topographique d'après l'étendue de la matité, ses tendances, les caractères de l'inflammation périphérique, les frottements perçus avec le stéthoscope au niveau des replis pleuraux ou péritonéaux que *Bertrand* (1) de Toulon, donne comme un signe diagnostique précieux, les manifestations fournies par les organes avoisinants, et enfin, les résultats de la ponction exploratrice pratiquée avec l'un des appareils de *Dieulafoy*, *Potain* ou *Tachard*.

En l'absence de tout signe révélateur précis, on se basera sur ce que le siège de l'abcès, dans le lobe droit du foie, où la suppuration proémine en général à la face convexe, est dans le 8^e ou le 9^e espace intercostal, et on opérera en ce point, sur la verticale abaissée du bord antérieur de l'aisselle (*Marboux*) ; dans l'abcès du lobe gauche, le pus tend plutôt vers la face concave et l'intervention se fera sur le rebord des cartilages costaux, un peu en dehors de la verticale tirée du bord droit du sternum. Si on se sert du trocart, il sera dirigé en haut et en arrière (*Corre*). Si l'abcès est superficiel, on aura pour guides la voussure d'une portion limitée de la paroi thoraco-abdominale, l'empatement œdémateux et la fluctuation qu'il convient de rechercher comme l'indique le D^r Boinet (de Paris). « On applique, dit-il, l'extrémité de l'index ou du pouce dans un des espaces intercostaux ; le doigt étant placé dans l'extension en déprime lentement les tissus jusqu'à sentir une légère résistance ; alors on le retire peu à peu en le maintenant toujours au contact des tissus qui ont été déprimés. Cette manœuvre se répète plusieurs fois sur le même point avec plus ou moins de rapidité ; d'un point on passe à un autre, parcourant

(1) Académie de Médecine. — 4 mars 1890.

ainsi toute l'étendue des espaces intercostaux. S'il existe du liquide dans l'intérieur du foie, à la dépression on sent une mollesse anormale et dans le mouvement de rétrocession l'extrémité du doigt perçoit le choc de l'onde liquide. » En général, il convient d'opérer sur un point élevé, car l'issue du pus fait remonter la partie correspondante du foie et risque de déchirer les adhérences. Ce précepte doit être rigoureusement observé si on emploie la méthode des ponctions sans adhérences préalables ; car il faut, comme le dit très bien le professeur Arnaud, éviter le suintement du pus le long de la canule et son épanchement péritonéal successif.

PROCÉDÉS DE GRAVES ET DE BÉGIN. — *Graves* incisait les parties molles jusqu'à 3 ou 4 millimètres du péritoine, bourrait la plaie avec de la charpie et attendait la formation des adhérences pour évacuer l'abcès. *Bégin* incisait les parois abdominales, y compris le péritoine, et tenait les lèvres de la plaie ouvertes, avec un linge fenêtré enduit de cérat ; il attendait trois jours pour la formation des adhérences avant de plonger le bistouri dans l'abcès. Ces procédés ont été à peu près abandonnés à la suite de nombreux revers et d'accidents septico-pyohémiques. Cependant *Wilkman* a cru devoir remettre en honneur le procédé de *Bégin*. En y ajoutant les pratiques antiseptiques, il l'a rendu moins dangereux, et il a été employé depuis plusieurs fois avec succès.

PROCÉDÉS DE MAC-LEAN ET TROUSSEAU. — *Mac-Lean* pratiquait, au niveau de l'abcès, une série de mouchetures qu'il obturait ensuite avec du collodion. Il prétendait imiter la nature en évacuant le pus par une série de fistules cutanées. Cette pratique n'a été probablement suivie que par son auteur.

Trousseau préconisa l'acupuncture, qui a été peu employée.

Nous nous rappelons avoir vu notre bien regretté maître, le professeur A. *Fabre*, s'en servir avec quelque avantage dans son service de clinique à l'Hôtel-Dieu. A la suite d'applications répétées de pâte de Vienne, une péritonite localisée s'était produite ; on entendait nettement à l'auscultation le frottement rugueux que produisaient les deux feuillets péritonéaux couverts d'exsudats ; mais les adhérences n'étaient pas suffisantes. M. *Fabre* crut pouvoir, sans danger, à l'aide de l'acupuncture, fixer l'organe malade au péritoine et à la paroi ; c'est ce qui fut en grande partie constaté à l'autopsie. (*Observation I^{re}*.)

PROCÉDÉ DE RÉCAMIER. — Le procédé de Récamier a joui d'une grande vogue ; il est même encore employé, surtout en France, par certains médecins (1). Sa faveur s'explique par la facilité de son exécution et par ses résultats avantageux ; c'est, en somme, le meilleur des procédés de lenteur, et M. *Hérard* a cru devoir le défendre énergiquement au Congrès d'Alger, en 1891. Il consiste à placer sur le point saillant de la tumeur 20 à 30 centigrammes de potasse caustique ; on obtient ainsi une escarre de 3 à 4 centimètres carrés ; puis, lorsqu'elle se détache, on applique à nouveau de la potasse, et ainsi de suite jusqu'à ouverture spontanée de l'abcès. On lui reproche, avec raison, d'être douloureux et, par ce fait, d'augmenter les troubles digestifs, d'entraver le sommeil, ce qui ne laisse d'offrir de sérieux inconvénients chez des malades épuisés par la dysenterie et la suppuration. Mais son plus grand défaut est sa lenteur désespérante ; il ne faut pas moins de douze à quinze jours, quelquefois de trois semaines, pour arriver au résultat désiré. Or, pendant ce temps, l'abcès peut s'ouvrir à l'inté-

(1) M. Trastour a observé, dans son service d'hôpital, pendant les années 1885 et 1886, quatre grands abcès du foie, dont deux ont été parfaitement guéris par la méthode de Récamier.

rieur, ce qui a été observé plusieurs fois ; puis, les adhérences que l'on cherche à produire peuvent manquer ou être insuffisantes, comme chez le malade de notre première observation (1), bien qu'on les obtienne dans la majorité des cas. Il ne faut pas oublier, comme le dit fort bien Verneuil (2) « qu'il est des sujets dont la puissance plastique est peu considérable et chez qui les applications de caustiques les plus méthodiques ne parviennent pas à établir des adhérences entre le péritoine pariétal et le péritoine viscéral. » Ne nous illusionnons donc pas sur la valeur des adhérences déterminées par les applications de caustiques : elles sont bien plus théoriques que pratiques.

Nous lisons dans le Mémoire du docteur Boinet, de Paris : « On ne doit pas perdre de vue que souvent les adhérences sont peu solides et qu'elles peuvent se rompre après l'évacuation du foyer, en sorte qu'elles permettent au pus de tomber dans la cavité du ventre. Même après l'ouverture de l'abcès, la rétraction dont ses parois sont le siège se continue d'une façon incessante, concentrant nécessairement ses efforts sur le point où sont les adhérences ; celles-ci finissent quelquefois par céder, et *Ximenez* a cité un cas de ce genre. »

En résumé, le procédé de *Récamier* impose au malade des souffrances inutiles et une perte de temps qui peut lui être gravement préjudiciable.

PROCÉDÉ DE HORNER. — On incise la paroi abdominale, couche par couche, puis la glande hépatique, après l'avoir réunie à cette paroi à l'aide de la suture profonde. Ce procédé, imité de celui employé pour la création de l'anüs artificiel, ne donnait

(1) Voir encore le cas de *Dolbeau* (Thèse de Paris, 1856), et celui de *Leudet* (*Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1859).

(2) *Mémoires de Chirurgie*, 1877 (tome I).

pas d'excellents résultats ; car, la cicatrisation se faisant après suppuration, les fils favoriseraient la pénétration du pus dans le péritoine. Ceci n'arriverait plus aujourd'hui, avec les pratiques antiseptiques, la réunion ayant lieu par première intention.

PROCÉDÉ DE CAMBAY. — Il est infiniment préférable, et voici comment s'exprime l'auteur : « Quand on a bien reconnu que la tumeur est causée par un abcès du foie, il faut donner issue au pus, et, comme il y a souvent doute sur sa nature, il vaut mieux le faire par ponction que par une ouverture plus large ; l'erreur serait moins préjudiciable au malade. Il faut s'assurer de la position de la tumeur, que le foie ait contracté des adhérences avec l'abdomen, le diaphragme et les côtes, et si l'on craint qu'elles ne soient pas formées on appliquera de la potasse caustique et on fera la ponction trois jours après, temps suffisant pour les produire.

On empêche l'entrée de l'air dans la canule en la bouchant avec le doigt lorsque le liquide ne coule plus et en la retirant promptement ; puis on applique un carré de diachylon que l'on soutient à l'aide d'un pansement légèrement compressif. Quand l'abcès est situé profondément ou qu'on craint l'absence d'adhérences, imiter la conduite prudente de *Bégin*, employer le procédé qu'il indique, attendre trois jours pour la formation des adhérences avant de plonger le bistouri. Il vaut mieux faire la ponction avec le trocart entouré d'une canule en gomme élastique qu'on laisserait en place après avoir fait écouler le pus et qu'on boucherait, après l'opération, avec un morceau de bois. Cette canule serait assujettie par des liens ou des bandelettes de diachylon, pour qu'elle ne puisse se déplacer ; on réunirait les lèvres de l'incision par des bandelettes agglutinatives ou quelques points de suture. On déboucherait ensuite la canule chaque jour pour laisser écouler une certaine quantité de pus, en pressant la poitrine et l'abdomen ; on

pourrait faire des injections médicamenteuses susceptibles de favoriser la cicatrisation.

Pour faire la ponction, comme nous l'avons pratiquée trois fois, il suffit d'un trocart ordinaire que l'on plonge à une profondeur suffisante dans la tumeur, jusqu'à ce qu'on ne sente plus de résistance. On s'arrête alors et on retire le poinçon pour laisser écouler le pus ; on a soin de pencher le malade du côté opéré, afin de favoriser l'écoulement et d'empêcher la pénétration de l'air. Si le pus cesse de couler, à l'aide d'un stylet mince on déplace les grumeaux qui en bouchent l'orifice interne ; avec un stylet suffisamment long on peut sonder le foyer et reconnaître en partie ses dimensions et sa situation. Nous avons fait cette opération pour la première fois à l'hôpital en 1842. »

Cambay revendique, dans son ouvrage, la paternité de la ponction. Il la préfère à l'incision : 1° parce qu'elle effraye moins le malade ; 2° qu'elle permet d'empêcher l'introduction de l'air ; 3° parce qu'en laissant la canule à demeure, le pus ne peut s'épancher dans le péritoine, même s'il n'existe pas d'adhérences ; 4° parce qu'on peut avec elle pratiquer des lavages ; 5° enfin parce qu'elle est moins susceptible de causer des accidents consécutifs, et en particulier l'hémorragie, que l'incision.

Le procédé de *Cambay* fut adopté par *Ranald, Cameron, Martin* aux Indes. *Ximenex* l'employa au Mexique ; et *Ramirez*, qui intervient dès que la fluctuation est appréciable, sans se préoccuper des adhérences, fit ressortir ses avantages au *Congrès international de Paris de 1867* et déclara même qu'il n'avait jamais vu survenir d'accidents. C'est, de tous les procédés que nous venons d'étudier, celui qui donne les meilleurs résultats. *Sachs* le préconise dans son « *Traité de l'hépatite des pays chauds* » ; il lui doit 8 guérisons sur 21 cas. Les médecins anglais qui emploient ce procédé opèrent aussitôt que possible,

vident l'abcès par le trocart et laissent la canule à demeure ; un robinet y est adapté pour éviter l'entrée de l'air.

Lorsque l'abcès est profondément situé, il est à craindre qu'on ne perçoive pas la sensation de vide et que, le dépassant, on n'aille produire de grands désordres dans le foie. C'est pour parer à cette éventualité que *de Castro* fit construire un trocart spécial, dont la canule et le stylet creux possèdent de petites ouvertures qui débouchent à la poignée du stylet. De cette manière, le liquide apparaît quand même, dès qu'il est rencontré par le trocart, et l'on peut s'arrêter à temps. *Ramirez* a réalisé un progrès appréciable en employant un gros trocart. C'est en effet une condition indispensable pour bien évacuer le pus hépatique qui est presque toujours grumeleux et mêlé de débris de l'organe ; aussi le docteur *Boinet* (de Paris) conseille-t-il d'y avoir recours. *Gallard* fait aussi la ponction avec un gros trocart à paracentèse abdominale ; il introduit une sonde élastique à travers la canule du trocart, qu'il retire, et fixe cette dernière aux pièces du pansement. Si la sonde est obturée par des débris hépatiques, il la remplace par une de plus gros calibre ; il lave la cavité de l'abcès avec de l'eau tiède et, pour le faire plus facilement, il remplace, si besoin est, la sonde par un tube à drainage. Il regarde la sonde à demeure, employée par *Jobert* et adoptée par *Cambay*, comme un excellent moyen pour provoquer les adhérences lorsqu'elles n'existent pas au moment de la ponction.

Le procédé de *Cambay* offre sur ce que nous avons précédemment décrit « la supériorité de pouvoir être employé sans préparation préalable et de permettre de vider complètement une collection hépatique, dès qu'on a constaté sa présence. — *Gallard*. » (1)

Simon préconise un procédé applicable, surtout aux abcès

(1) Observation II.

très volumineux : c'est celui de la double ponction. Il enfonce un trocart dans un premier point de la tumeur, laisse écouler le pus et y abandonne la canule munie d'un robinet ; 3 à 4 centimètres plus bas, il introduit un second trocart et se conduit de même. Enfin, trois jours après, il pratique une incision réunissant les deux ponctions ; les adhérences sont, dit-il, suffisantes pour écarter tout danger.

« *Manson* (1), partisan des ponctions sans débridement consécutif, fait usage d'un long trocart large et pourvu de deux anneaux vers son extrémité non pénétrante, afin de présenter un appui aux doigts qui le maintiennent ; sa canule est longue de quatre pouces et son calibre correspond à 3/8 de pouce. Après une ou plusieurs ponctions exploratrices, la direction et la situation du foyer étant bien reconnues, il retire l'aiguille, fait une incision d'un pouce à la peau et enfonce au travers la pointe du trocart jusqu'à l'abcès. » (*Corre*).

Le professeur *Arnaud* a décrit une modification ingénieuse du *modus faciendi* de *Cambay* : c'est la ponction et le drainage à l'abri de l'air par le procédé du siphon. Après avoir rapporté un certain nombre de faits où les adhérences étaient absentes ou insuffisantes, il considère la méthode de *Little* comme n'étant pas toujours exempte de dangers. Elle empêche, dit-il, par l'application méthodique du pansement de *Lister*, les accidents consécutifs à l'altération du pus et à la suppuration prolongée ; mais elle n'empêche pas toujours la pénétration du liquide dans le péritoine, s'il n'y a pas de péritonite adhésive. « Or, il est jusqu'à ce jour impossible d'établir cliniquement si oui ou non il existe des adhérences. On peut les soupçonner, on peut même les considérer comme probables dans certaines circonstances (marche aiguë, douleur spontanée et limitée à la pression, œdème sous-cutané, etc.) ; mais il n'existe aucun

(1) *China emp. mar. cust. med.*, 1883.

symptôme, aucun groupe de signes suffisants pour les affirmer.

Cette inconnue toujours menaçante est capable d'arrêter plus d'une fois la main de l'opérateur. Je sais bien que les progrès de la chirurgie ont permis de réformer entièrement les idées reçues sur la susceptibilité du péritoine et d'entreprendre des opérations jugées en d'autres temps téméraires et condamnables. Mais je ne crois pas qu'il faille mettre sur le même rang l'extirpation d'une tumeur de l'abdomen et l'incision d'un abcès du foie.

..... Ce n'est pas le pansement de *Lister* qui suffira à mettre à l'abri de tous les accidents, puisque le pus de ces abcès, même avant la ponction, peut contenir de nombreuses bactéries et que son ouverture spontanée dans le péritoine, à l'abri de l'air, détermine des péritonites septiques suraiguës. »

Pour le professeur *Arnaud*, la raison de la guérison fréquente par l'incision antiseptique se trouve dans les deux considérations suivantes : 1^o les adhérences péritonéales qui sont la règle dans les abcès des pays chauds ; 2^o le vide virtuel qui existe entre les deux feuillets péritonéaux, la mince couche humide qui les accole et la pression atmosphérique extérieure qui maintient les deux lames sereuses en contact immédiat, contribuent à prévenir le suintement du liquide. Le danger de la méthode est par là atténué ; mais il subsiste toujours, et la preuve en est dans les cas d'épanchements péritonéaux à la suite de l'incision. Aussi, tout en reconnaissant le grand progrès opéré dans la thérapeutique des abcès du foie par l'introduction de la méthode antiseptique, le professeur *Arnaud* ne croit-il pas qu'il faille recommander l'incision large dans tous les cas (1).

(1) Depuis, le professeur *Arnaud* a reconnu la nécessité d'intervenir plus rapidement à l'aide de l'incision antiseptique en un ou deux temps suivant qu'il existe ou non des adhérences et que le pus est stérile ou septique. Il dit cependant que dans le cas où l'abcès

L'inconvénient le plus sérieux de la ponction avec canule à demeure, que l'on considérerait en général comme le procédé de choix avant l'opération de *Little*, c'est l'évacuation incomplète du pus et des lambeaux de tissu hépatique. « Quelle que soit la grosseur du trocart employé, il fait toujours saillie à l'intérieur de la cavité; le pus, quoique épais, peut bien s'échapper par son ouverture, mais les grumeaux, les lambeaux sphacelés s'amassent autour de la canule et des parois de l'abcès. Ils ne peuvent aller chercher l'ouverture du trocart, et tant qu'il en reste des traces, ces débris gangréneux entretiennent la suppuration et les chances d'infection. » (*Rochard*). Il faut ajouter à ces inconvénients la grande part qui revient dans la genèse des accidents à l'accès de l'air et des germes qu'il contient dans l'intérieur d'un abcès à parois toujours anfractueuses.

« Mais une méthode qui, à l'innocuité relative, à la simplicité de la ponction joindrait l'évacuation facile et complète, l'antisepsie rigoureuse et même l'interdiction absolue de l'entrée de l'air, répondrait victorieusement aux objections adressées au procédé de *Cambay* (*Arnaud*). L'observation III (1) « montrera comment ces conditions peuvent être réalisées par l'adjonction à la méthode de la canule à demeure d'un appareil très simple analogue au siphon employé par *Potain* pour l'évacuation de la cavité pleurale. (*Arnaud*). »

Le professeur *Arnaud* a modifié plus tard son manuel opératoire. Il a supprimé l'application préalable de caustiques, et tout se réduit à la ponction directe avec un gros trocart, la canule laissée à demeure pendant 8 jours environ et remplacée

est volumineux et ne s'accompagne pas de réaction générale bien appréciable, son procédé peut avoir encore ses indications et qu'un de ses avantages est l'aspiration qu'il produit.

(1) L'observation complète a été publiée dans le *Marseille médical* (juin 1885).

au bout de ce temps par une grosse sonde molle en caoutchouc ou un gros drain assez résistant que l'on introduit dans la canule avant de la retirer. On y adapte toujours le siphon deux fois par jour. C'est, en résumé, un *procédé médical* à la portée de tout médecin sans grande habitude des opérations, et il joindrait, d'après son auteur, une sécurité parfaite à la facilité remarquable de son exécution.

PROCÉDÉ DE DIEULAFOY. — La ponction avec l'appareil aspirateur présente sur celle avec le trocart à paracentèse la supériorité de vider le contenu de l'abcès par aspiration, ainsi d'ailleurs que le réalisait le procédé que nous venons de décrire. Nous avons vu plusieurs auteurs s'en servir à titre exploratif. Les partisans de l'expectation avaient déclaré que les ponctions exploratrices étaient dangereuses et par le fait du trauma opératoire et comme pouvant introduire de l'air. Nous lisons dans *Corre* qu'il est exagéré de déclarer qu'elles sont toujours inoffensives ; que l'on connaît bien tous les succès de la méthode, mais non certainement les revers, et que, bien que des faits nombreux semblent avoir démontré leur innocuité, il garde la conviction qu'elles ne sont pas toujours aussi simples que l'on veut bien le dire. Elles lui paraissent susceptibles, dans un tissu malade en imminence suppurative, de précipiter l'évolution complète du processus qui sans elles aurait pu rétrograder.

Lavignerie s'est demandé si, dans les cas douteux, une ponction exploratrice ne serait pas nocive, et il a ponctionné le foie chez des chiens. A l'autopsie, pratiquée trois jours après, il n'a trouvé que des traces insignifiantes. Les médecins d'Alexandrie ont fait à leur tour des expériences sur le bœuf, le chien et le lapin, et jamais ils n'ont observé un seul accident sérieux. La clinique est venue joindre ses preuves à celles de la pathologie expérimentale. Je ne retiendrai que le cas publié par *Jaccoud* (*Gazette des hôpitaux*, 1867) où, à la suite d'une di-

zaine de ponctions; l'autopsie montra le tissu du foie presque sans altérations. Les médecins anglais qui pratiquent dans l'Inde font un usage journalier de ces ponctions pour la recherche hâtive du pus, et *Cameron* déclare qu'elles soulagent toujours le malade, même quand elles sont infructueuses, en produisant alors une véritable saignée locale. Nous en avons vu pratiquer dans les hôpitaux un assez grand nombre, et jamais il n'est survenu d'accident. L'innocuité des ponctions du foie nous paraît démontrée; mais à une condition, c'est qu'elles seront absolument aseptiques et suivies d'immobilisation du thorax. L'objection tirée du contact de l'air avec la cavité de l'abcès ne résiste pas davantage. D'ailleurs, que l'abcès s'ouvre spontanément dans les bronches ou qu'il soit ouvert à l'extérieur par la main du chirurgien, l'action de l'air se fait sentir, bien qu'à des degrés différents. Les lavages et les pansements antiseptiques nous permettent de combattre cette éventualité d'une manière efficace.

Dieulafoy a vivement préconisé le traitement des abcès du foie par la ponction aspiratrice. C'est sans contredit le procédé le plus simple, et *H. Viale* (*the Lancet*, 1881) en est un chaud partisan. *Moutard-Martin* vit guérir un volumineux abcès du foie à la suite de deux ponctions, et l'on conçut alors des espérances qui ne se sont pas réalisées (1). L'évacuation complète du pus hépatique, pour peu qu'il soit grumeleux ou qu'il renferme des débris de la glande, est bien difficile, même en se servant de la plus forte aiguille de l'aspirateur; nous avons vu plus haut que le trocart ordinaire employé par *Cambay* n'était pas toujours suffisant.

Contrairement à ce qui se passe pour les kystes hydatiques du foie, on n'a guère employé les injections médicamenteuses après la ponction aspiratrice. *Sistach* (2) cite un cas de gué-

(1) Observation V.

(2) *Gazette méd.* de Paris, 1873.

ri son par ponction suivie d'injection iodée, et le professeur *Kiener* nous a dit y avoir eu recours avec succès. Au mois de septembre dernier, nous avons vu le professeur *Boinet* traiter ainsi deux malades du service, dont nous donnons plus loin les observations : le premier, porteur d'un petit abcès a guéri (obs. V), le second, qui avait un abcès plus volumineux, a vu, après amélioration passagère, le pus se reformer et a été opéré par M. le docteur *Gamel*, chirurgien des hôpitaux (obs. VI.)

PROCÉDÉ DE *Stromeyer-Little*. — L'incision directe des abcès du foie n'est pas nouvelle. Les nègres du Soudan s'ouvrent eux-mêmes leurs abcès, d'après le docteur *Oxé*, à l'aide d'un instrument à double tranchant appelé *Chotal*, et ceux du Sénégal, plus pratiques encore, promènent un fer rouge sur le point culminant, dans le but de provoquer des adhérences ; ils débri dent largement avec un couteau au bout de quelques jours (*Bordier*, journal de thérapeutique, 1880). *Putroulau*, après une ponction exploratrice, faisait, lorsque l'abcès était volumineux, la paroi rouge et saillante, une incision de 4 à 5 c. sur la partie la plus élevée de la tumeur, et *Larrey* (1) rapporte un certain nombre d'abcès du foie traités de cette manière.

Stromeyer-Little (de Shang-Haï) suivait la pratique de *Putroulau* ; il n'avait jamais observé de péritonite consécutive, mais l'altération secondaire du pus lui enlevait ses malades par infection putride. Après l'adoption du pansement de *Lister* il eut le bonheur de voir guérir les cinq malades qu'il opéra successivement. Plusieurs opérateurs auraient employé cette méthode avant les publications de *Little*. *Caravias* cite dans sa thèse six observations antérieures à celles du médecin de Shang-Haï.

(1) Clinique Médicale. Paris, 1829.

Voici comment le docteur *Ayme* s'exprime au sujet de la méthode de *Little* : « L'opération doit être faite de bonne heure ; aussi, dès qu'on peut présumer fortement qu'il existe un abcès, il faut le chercher avec une aiguille aspiratrice d'un fort calibre (3 millimètres de diamètre environ). La région sur laquelle doit porter l'instrument est lavée avec une solution phéniquée à 5 0/0, et l'aiguille, préalablement trempée dans l'huile antiseptique, est enfoncée à la profondeur voulue. Il faut souvent pénétrer de 7 à 8 centimètres, et il est souvent nécessaire de faire plusieurs ponctions avant de reconnaître le pus ou de constater son absence ; ces ponctions sont du reste absolument inoffensives. Lorsque la présence du pus s'est révélée, il faut, sans essayer de vider le foyer avec l'aspirateur, l'ouvrir largement à l'aide d'un long bistouri conduit sur un des côtés de l'aiguille ; l'incision doit comprendre du même coup toute l'épaisseur des parois. Le pus jaillit, et pour faciliter son évacuation complète on introduit dans la plaie une forte pince dont on écarte les mors. On exerce en même temps des pressions sur la face inférieure du foie à travers les parois abdominales ; on lave la cavité de l'abcès avec une solution phéniquée à 1 0/0 et on continue le lavage jusqu'à ce que le liquide sorte limpide. On introduit alors jusqu'au fond de la cavité un tube à drainage du plus fort calibre, qu'on fixe et qu'on coupe au ras de la plaie ; le pansement de Lister est appliqué dans toute sa rigueur et renouvelé chaque jour, deux fois si c'est nécessaire. »

On voit que ce qui caractérise la méthode de *Little*, c'est l'abandon de toute préoccupation au sujet des adhérences. Reconnaître le pus le plus tôt possible et lui ouvrir une large voie à l'extérieur, tel est l'unique souci du chirurgien (*Marboux*). »

Little a remplacé plus tard l'écartement des lèvres de la plaie, le massage de la paroi abdominale par le lavage du foyer au moyen d'un tube en caoutchouc, qui facilite la sortie des gru-

meaux de pus et des débris du foie, et l'application par-dessus le pansement d'une bande en caoutchouc qui favorise l'écoulement des liquides par sa compression douce et continue, tout en s'opposant aux mouvements trop étendus du thorax.

Il est curieux de rapprocher la réserve qui était observée à une certaine époque, touchant les injections pratiquées dans le foyer des abcès hépatiques, avec les abondants et minutieux lavages que nous employons aujourd'hui. *Cattel*, médecin en chef de la marine, cité par *Haspel*, s'abstenait absolument de faire des injections. *Morand* (1) en pratiquait de très modérées, et *Haspel*, qui traitait les abcès du foie par la méthode de *Récamier*, ne faisait aucune injection dans le foyer.

Rochard, qui fit connaître en 1880, à l'Académie de médecine, la méthode de *Little* et ses résultats, y déclarait plus tard la question jugée. L'incision large avec lavages antiseptiques, drainage et pansement de *Lister*, constituait pour lui la méthode de choix pour le traitement des abcès du foie. *Blot* (2) était loin de partager son avis. *Little*, disait-il, avait été plus heureux que sage et le succès de ses opérations tenait vraisemblablement à ce qu'il rencontrait sous le bistouri, précisément, ces adhérences protectrices dont il n'avait pas cru devoir se préoccuper. On peut admettre cette explication pour un grand nombre de cas. *Little* et ses imitateurs opèrent dans les pays chauds, où les adhérences sont la règle (3) et il faut bien qu'il en soit ainsi pour expliquer les guérisons fréquentes qu'obtiennent les nègres, qui ne connaissent aucune espèce de pansement. Mais il en est d'autres où l'absence ou bien l'insuffisance d'adhérences est indiscutable. Telle est l'observation de *Véron*, pré-

(1) Gazette des Hôpitaux, 1873.

(2) Acad. de médecine, 1887.

(3) Le professeur *Boinet*, de Marseille, déclare les avoir toujours trouvés dans les cas qu'il a observés au Tonkin.

sentée par M. *Villemin*, à l'Académie de médecine, le 24 octobre 1882 : un vaste abcès du foie opéré par la méthode de *Little* à l'aide du thermo-cautère, fut suivi de mort trois jours après, par péritonite sur-aiguë ; l'autopsie permit de constater qu'il n'existait pas d'adhérences.

Chez le malade du professeur *Fabre*, les frottements péritonéaux prouvaient bien que la tumeur ne faisait pas corps avec la paroi ; l'autopsie ne montra que des adhérences peu étendues en rapport avec l'incision.

Le professeur *Arnaud* cite un cas où à l'autopsie d'un vaste abcès du lobe droit, il ne trouva pas trace de péritonite ni d'adhérences anciennes ou récentes au niveau de la poche, qui contenait plus d'un litre de pus et dont les parois étaient formées par un tissu hépatique sclérosé. Cependant, la veille de la mort (le malade succomba avant toute intervention), l'apparition d'un œdème exactement limité au niveau de la région hépatique avait permis de diagnostiquer l'abcès.

Au mois de février de cette année, les docteurs *Poucel* et *Flavard*, chirurgiens des hôpitaux de Marseille, étaient appelés en consultation par le Dr *Hahn*, aujourd'hui décédé, auprès d'un Hollandais arrivant de Batavia, et porteur d'un abcès du lobe gauche du foie. La région épigastrique était soulevée par une tumeur à fluctuation profonde ; la paroi abdominale était à ce niveau rouge, œdématiée ; le diagnostic d'abcès du foie fut confirmé, et aucun des médecins présents ne mit en doute la présence d'adhérences solides. Le malade avait de la dyspnée, son état général était loin d'être brillant et il désirait retourner dans son pays le plus tôt possible. Le Dr *Poucel* pratiqua, en présence de ses deux confrères, une incision couche par couche de la paroi abdominale et, par excès de précaution, l'abcès fut ouvert au thermo-cautère. Il en sortit un bon demi-litre de pus, couleur lie de vin ; les adhérences

n'existaient pas et le malade succombait quarante-huit heures après à la péritonite sur-aiguë (1).

Nous pourrions multiplier les exemples ; mais ceux là suffisent pour prouver que les adhérences sont loin d'être constantes et qu'elles n'existent pas toujours même [dans les cas où elles paraissent les plus vraisemblables.

Une question se pose ici : Pourquoi n'y a-t-il pas toujours une péritonite lorsque les adhérences manquent ou sont insuffisantes ? Nous avons fait intervenir plus haut la disposition anatomique du péritoine et l'action de la pression atmosphérique extérieure, mais cela ne suffit pas. Il doit y avoir plus souvent qu'on ne le croit souillure du péritoine et si alors la péritonite n'éclate pas, c'est que le pus hépatique ne contient pas toujours des bactéries pyogènes ou du moins celles que nous avons pu y déceler et qui sont certainement les plus nocives. L'observation du malade de *Peyrot* en est un exemple ; nous la reproduisons plus loin.

Kartulis, dans treize cas où il les a recherchées, a trouvé deux fois le staphylococcus aureus et trois fois l'albus. *Laveran* (*Soc. méd. Hôp.* juillet 1890) a cité deux observations dans lesquelles il n'a pas rencontré de microbes cultivables et plus tard (*Soc. méd. Hôp.*, décembre 1893) deux autres cas à pus dit stérile.

Fontan (*Société de chirurgie*, décembre 1891) sur trois cas a reconnu deux fois le staphylococcus albus. *Tuffier* (2) relate cinq observations ; dans trois il ne trouva rien, dans une, il ne fit pas l'examen et dans la cinquième (phlegmon du ligament large consécutif à une cholécystite calculeuse) l'incision faite sans précautions fit reconnaître des calculs dans l'abcès ; un d'eux tomba dans le péritoine, et il fut impossible de l'en retirer ;

(1) Docteur Poucel. Communication orale.

(2) Société de chirurgie. Octobre 1892.

cependant le malade guérit et *Tuffier* en conclut que le pus n'était pas septique.

Le D^r *Arnaud* et le D^r *L. d'Astros* (*Revue de médecine*, 1892, pag. 308), sur trois cas trouvèrent une fois des streptocoques et l'autre fois des colonies transparentes d'un diplocoque.

Nous avons nous aussi cultivé le pus, recueilli avec les précautions antiseptiques d'usage, lors de la ponction exploratrice des deux malades qui sont l'objet des observations V et VI. Chez le premier la culture sur agar a donné une petite colonie blanche et dans le bouillon peptonisé de petits filaments blanchâtres ; au microscope, colonies de *staphylococcus albus*. Chez notre deuxième malade, nous avons constaté : 1° sur agar, une culture blanche, opaline développée sur la surface et dans la profondeur ; au microscope : colonies pures de staphylocoques ; 2° dans la gélatine liquéfiée, le liquide est trouble abondant, précipité blanc et mince pellicule blanchâtre à la surface ; au microscope : colonies peu prospères de staphylocoques.

Le pus hépatique ne contient pas habituellement de micro-organismes décelables ; nous venons de voir, cependant, qu'il n'en est pas toujours ainsi. Si les adhérences sont la règle dans les formes aiguës de l'hépatite des pays chauds, leur absence est fréquente dans celles qui présentent la forme sub-aiguë et la forme chronique, comme aussi dans l'hépatite suppurée de nos climats. L'examen bactériologique du pus donnera des renseignements d'une importance de premier ordre, et, à notre avis, il ne doit jamais être négligé. S'il est négatif et qu'il existe des adhérences, le chirurgien aura toute latitude pour pratiquer l'incision antiseptique en un seul temps ; mais si le pus est reconnu septique, non-seulement avec des adhérences suffisantes, il devra opérer antiseptiquement et pratiquer des lavages minutieux, fréquents et plus germicides ; mais, en leur absence, il préférera l'incision large avec suture

du péritoine, ou celle en deux temps, qui seules peuvent donner une sécurité suffisante.

La suture du péritoine, suivie d'incision du foie, sera préférée lorsque le pus est très superficiel, que la capsule de Glisson forme seule ou presque seule en ce point la paroi de l'abcès et que la rupture spontanée de ce dernier peut se produire dans quarante-huit heures. Mais, pour peu que la capsule de Glisson soit doublée d'une certaine épaisseur de tissu hépatique, il vaudra mieux inciser la paroi costo-abdominale, y compris le péritoine, et bourrer ensuite avec la gaze iodoformée. Deux ou trois jours après, les adhérences seront suffisantes, et on débridera avec le bistouri ou le thermo-cautère.

Bien que quelques chirurgiens pensent que le thermo-cautère favorise les adhérences, nous ne le croyons supérieur au bistouri que pour les abcès profonds, alors qu'il faut inciser une grande épaisseur de la glande hépatique ; il met alors plus sûrement à l'abri de l'hémorragie.

On a vu plusieurs fois l'épiploon s'échapper au dehors après l'incision antiseptique en un seul temps, accident qui devient impossible si on fait la suture du péritoine ou si on opère en deux temps. Si cet accident survenait, on n'imiterait pas la conduite de *Lefort*, qui procéda à la réduction immédiate ; mais celle de *Maifboux*, qui, redoutant, avec raison, le refoulement dans l'abdomen d'une masse septique, l'incisa au-dessous d'une ligature et maintint le moignon, saupoudré d'iodoforme, entre les lèvres de la plaie.

Bien que l'incision permette mieux que la ponction l'écoulement du pus, les parois de l'abcès, s'il est volumineux, ne peuvent se rapprocher suffisamment, malgré ses tendances à la cicatrisation, et le malade finit par succomber à la suppuration prolongée. Le professeur *Boinet* a constaté, à l'autopsie d'un opéré, que la cause principale et éloignée du décès tenait en grande partie à cette disposition des parois. On se trouve donc

dans des conditions anatomo-pathologiques comparables à celles où l'on pratique pour la pleurésie l'opération d'*Estlander*.

Kartulis eut l'idée, en 1886 (*Deutsche med. Wochenschrift*. — Octobre) de faire la résection costale au niveau de l'abcès à deux de ses malades, et cela, dit-il, parce que le pus ne s'écoulait pas librement. Il réséqua chez l'un la septième côte, chez l'autre la huitième : les deux malades guérirent. Le *D^r Zancardi* (*eodem loco*) fit plusieurs résections de côtes, pour des cas analogues, à l'hôpital grec, en présence de *Kartulis*, avec d'excellents résultats. Le principal inconvénient de l'opération c'est, dit-il, lorsqu'il n'y a pas d'adhérences et que la situation même de l'abcès force à sectionner le diaphragme : le pus peut fuser dans la cavité thoracique. Il y aurait lieu en pareil cas, ajoute-t-il, de réséquer plusieurs côtes et de drainer à la fois la cavité pleurale et le foyer de suppuration hépatique. La résection de deux ou trois côtes est peu dangereuse (on préférera toujours la résection sous-périostée) ; mais *Kartulis* n'en donne pas, pour nous, la véritable raison. C'est le volume de l'abcès, ses parois fibreuses, dures, non rétractiles, retenues à la paroi thoracique par des adhérences péritonéales qui indiquent de diminuer et de mobiliser cette paroi en recourant à ce complément opératoire que j'appellerai volontiers l'*Estlander* hépatique.

Monsieur *Fontan* (de Toulon), dans deux communications qu'il fit à la Société de chirurgie (16 décembre 1891 et 27 juillet 1892), préconise le curettage de la cavité suppurante et sa cautérisation. *M. Pozzi* (Société de chirurgie, décembre 1891), n'en est pas très partisan à cause des hémorragies auxquelles il peut donner lieu, et *M. Monod* (Société de chirurgie, décembre 1892) le regarde comme inutile. Le curettage n'a rien à voir, à notre avis, dans les abcès de date récente ; mais dans les anciens

abcès à coque fibreuse, épaissie, nous croyons qu'il peut être utile.

Tout récemment M. Zancayal (Académie de Médecine, février 1894) a recommandé le procédé suivant : on pratique tout d'abord une ou plusieurs ponctions exploratrices ayant pour but d'indiquer le siège exact de l'abcès. Cela fait, sur le trocart comme guide, on incise au thermo-cautère jusqu'au péritoine. L'abcès ainsi mis à nu on l'incise également au thermo-cautère, puis on introduit un doigt fléchi en crochet dans la cavité dont on attire la paroi au dehors. L'abcès est ainsi vidé sans qu'il s'écoule une goutte de pus dans le ventre ; il peut être également lavé et bourré de gaze iodoformée, puis fixé à l'intérieur. Lorsque l'abcès siège dans le lobe droit, cette opération est des plus faciles, plus difficile sur le lobe gauche ; on réussira mieux dans ce dernier cas, en employant le bistouri. Les suites opératoires seraient généralement simples et la guérison radicale de cette grave maladie s'observerait ainsi fréquemment. Sur 115 abcès du lobe droit, il y aurait eu 54 guérisons et 57 morts, dont 32 avaient des abcès multiples. Pour les abcès du lobe gauche, sur 30 cas, 17 ont guéri et 13 sont morts ; 8 fois chez ces derniers existaient des abcès multiples.

Nous estimons que, lorsqu'il y a des adhérences, le procédé de M. Zancayal, comme d'ailleurs l'incision large antiseptique simple, donnera de bons résultats ; mais que, si les adhérences manquent ou sont insuffisantes, il laisse subsister le danger d'infecter le péritoine.

CONCLUSIONS

I. *Médicales.* — 1° Les émissions sanguines générales ou locales, le calomel et l'ipéca, dominant la thérapeutique de l'hépatite suppurative aiguë; l'opium et les purgatifs ne viennent qu'en seconde ligne;

2° La forme subaiguë réclame quelquefois les sangsues ou les ventouses scarifiées, mais surtout les révulsifs, le calomel de temps en temps à dose laxative, et les purgatifs doux;

3° Quant à la forme chronique, elle est l'indication des révulsifs et des alcalins;

4° La fièvre sera combattue dans tous les cas par la quinine;

5° Les complications seront traitées : l'impaludisme, par la quinine; la dysenterie, par le calomel ou l'ipéca.

II. *Chirurgicales.* — 1° Il faut intervenir dès que l'on est certain de la présence d'un abcès;

2° La ponction à l'aide de l'aspirateur sera d'un grand secours pour le diagnostic précoce; elle pourra être essayée seule ou suivie d'injection modificatrice, dans le traitement des abcès peu volumineux;

3° L'examen bactériologique du pus sera pratiqué dans tous les cas;

4° Si l'abcès est superficiel, les adhérences solides: incision large antiseptique en un seul temps;

5° Si, bien que l'abcès soit superficiel, les adhérences manquent ou sont insuffisantes, il vaudra mieux opérer en un temps, avec suture du péritoine, si le cas presse, ou en deux temps, si on peut attendre la formation des adhérences;

6° Si l'abcès est très profond, il sera préférable d'employer la ponction, et c'est au procédé du professeur Arnaud que nous donnerions la préférence ;

7° Si l'abcès est volumineux, les parois dures, non rétractiles, retenues à la paroi par des adhérences, on pratiquera, en outre de l'incision, la résection costale sous-périostée ;

8° Le curettage et la cautérisation de la paroi peuvent être utiles dans le traitement des abcès anciens.

OBSERVATIONS

Observation première

(Résumée)

(Due à l'obligeance de M. le docteur Léon d'Astros, médecin des hôpitaux, ancien chef de clinique du professeur Fabre).

Abcès du foie traité par le procédé de Récamier, celui de Trousseau et l'incision.

B... I., né à Nice, âgé de 37 ans, journalier, entre à l'Hôtel-Dieu, le 23 février 1883, service de clinique de M. le professeur Fabre, salle Ducros, n° 21.

Antécédents héréditaires. — On ne peut tirer de lui rien de précis.

Antécédents personnels. — (Complétés par sa femme). Sa maladie daterait du mois d'août 1871, et aurait débuté par un froid (?) et une douleur de côté à la région hépatique ; le médecin appelé appliqua des sangsues sur ce point. La dysenterie aurait débuté peu après et a duré dix mois. La maladie actuelle, analogue à la première, remonterait à trois mois environ.

Etat actuel. — Douleur du côté droit avec tuméfaction considérable de l'hypocondre ; saillie et écartement des côtes inférieures ; le foie est augmenté de volume ; il déborde largement les fausses côtes. La douleur n'est pas très augmentée par la pression. L'auscultation fait constater un épanchement pleural à droite, toux très modérée. L'appétit est diminué, les

digestions difficiles ; pas de vomissements, alternatives de constipation et de diarrhée, pas d'ascite, pas d'hypertrophie splénique appréciable, pas d'ictère ; rien au cœur. T 38°.

24 février. — L'examen des urines donne 8 gr. 2 d'urée par 24 heures ; le professeur Fabre porte le diagnostic d'abcès du foie.

25. — La ponction exploratrice, pratiquée avec l'appareil de *Potain*, au point le plus saillant, en avant des fausses côtes, donne issue à du pus couleur-chocolat ; l'aiguille a dû être enfoncée assez profondément.

26. — On fait une application de pâte de Vienne un peu en dehors du point ponctionné ; elle sera renouvelée trois fois.

3 mars. — Des frottements péritonéaux sont perçus avec le doigt et le stéthoscope appliqué au fond de la plaie.

6. — Application d'un bouchon armé d'aiguilles à acupuncture.

7. — Le malade s'est senti abondamment mouillé toute la nuit précédente ; les deux matelas ont été traversés ; la sérosité a dû fuser le long des aiguilles ; l'abcès n'est pas ouvert. Les frottements au doigt ont presque disparu et le fond de la plaie semble suivre tous les mouvements de la paroi costo-abdominale. Etat satisfaisant, pas de fièvre.

8. — Incision au bistouri au fond de l'escarre ; il faut traverser environ deux centimètres de tissu hépatique avant d'arriver à l'abcès, qui fournit près de 6 litres de pus couleur chocolat. Lavage phéniqué tiède à 1 p. 100 ; double drain en canon de fusil, pansement de *Lister*. Le soir, on renouvelle le lavage et le pansement ; un peu d'injection de la face, ventre douloureux. T. 37° 4.

10. — La cavité de l'abcès a considérablement diminué ; le ventre est toujours un peu douloureux ; les lavages et les pansements sont continués deux fois par jour. Le soir, en remettant les drains, on constate qu'ils sont séparés par une mince

cloison que l'on suppose s'être formée après coup par adossement des deux parois ; un peu de diarrhée.

Les jours suivants, le malade, qui, après l'opération, avait présenté une certaine amélioration, voit sa diarrhée augmenter ainsi que les douleurs de ventre ; son état général devient de plus en plus mauvais et il succombe dans le marasme, le 30 mars, à deux heures du matin.

Autopsie. — (31 mars, à 8 heures du matin). Elle permet de constater au niveau de l'incision des adhérences du foie et de la paroi, qui se décollent sous le doigt. Le trajet de droite n'est pas très étendu, celui de gauche remonte, entre le foie et le diaphragme, dans une cavité purulente. L'organe a gardé à peu près son volume et son poids normal ; il est surmonté d'une poche qui n'est autre que la cavité de l'abcès et qui contient un verre environ de pus blanc presque crémeux. Sa paroi est rugueuse, irrégulière, foncée, avec des dépôts blanchâtres et présente diverses altérations, surtout la transformation fibreuse cicatricielle. Dans l'abdomen il existe de la péritonite localisée ; les anses de l'intestin grêle sont adhérentes sur la partie médiane ; de plus, il existe des foyers purulents : 1^o autour du foie, trois foyers de périhépatite suppurée ; celui situé à la face supérieure et à gauche communique avec la cavité de l'abcès ; 2^o dans la fosse iliaque droite, le cœcum nage dans le pus ; 3^o dans le petit bassin, l'intestin est pâle par places, ailleurs injecté avec dilatations vasculaires, mais pas d'ulcérations ; aucune trace de dysenterie antérieure. Très léger épanchement séreux dans la plèvre droite. A la base du poumon on trouve des adhérences qu'on décolle encore avec le doigt ; pas d'épaississement notable de la plèvre diaphragmatique.

Observation II

(Résumé)

Abcès du foie traité par ponction (Gallard).— Clinique médicale de la Pitié

X..., natif de Savoie, 47 ans, garçon d'office, entre à l'hôpital de la Pitié, service de M. Gallard, le 11 mai 1869.

Antécédents héréditaires.— N'ont pas grand intérêt.

Antécédents personnels.— Il quitta son pays natal à l'âge de 17 ans, pour venir à Paris comme garçon d'office et se livra avec passion à l'éthylisme, surtout à l'aide de l'absinthe, sans que sa santé parût notablement en souffrir. En 1849, il fut appelé sous les drapeaux de l'armée piémontaise. En 1850, il retourna à Paris reprendre ses anciennes occupations et ses anciennes habitudes sans rien ressentir jusqu'en 1868. A cette époque, il fut pris de diarrhée et de coliques vives, puis de selles sanguinolentes avec ténesmé; frissons, fièvre, perte de l'appétit; X... continua cependant ses occupations et ne but pas pendant quelques semaines. Au bout de trois mois, il fut consulter un médecin, qui prescrivit des purgatifs alternant avec du bismuth; il fut soulagé, reprit sa vie ordinaire et l'usage des spiritueux.

Vers le 15 février 1869, il s'endormit sur le sol en état d'ivresse et fut pris le lendemain de céphalalgie, coliques, perte d'appétit, selles sanguinolentes. C'est alors qu'il entra pour la première fois à la Pitié, dans un autre service, où on diagnostiqua une pleurésie droite, pour laquelle on prescrivit un vésicatoire. A la sortie il ne put reprendre son travail et revint

à la Pitié après s'être trainé quelque temps ; c'est alors qu'il entra dans le service de M. Gallard.

Etat actuel.— Le malade est très anémié, très amaigri ; le pouls est petit, fréquent, 96 pulsations à la minute ; l'appétit est nul, la langue saburrale, le ventre souple, peu douloureux ; il a des selles liquides fréquentes et peu abondantes.

A la percussion, matité à droite remontant jusqu'au milieu de la fosse sus-épineuse ; l'auscultation révèle de légers frottements avec quelques râles sous-crépitaux disséminés.

Le malade accuse une douleur vive, profonde, à la région hépatique s'irradiant jusqu'au dessous de l'omoplate, elle est exagérée par la pression et retentit alors dans l'épaule droite. Le foie est tuméfié, ne dépasse presque pas les fausses côtes ; les espaces intercostaux inférieurs sont augmentés.

En raison de ces symptômes, M. Gallard fait à quelques jours de distance un nouvel examen du foie ; il le trouve encore augmenté de volume et manifestement fluctuant. Application de pâte de Vienne sur le point culminant de la tumeur, dans le 7^me espace intercostal. Mais l'état du malade empire. M. Gallard pratique avec l'aspirateur une ponction exploratrice infructueuse au centre de l'escarre. Le lendemain, nouvelle ponction exploratrice à deux centimètres au dessous de la première ; elle donne issue à du pus mêlé d'un peu de sang. Renonçant au procédé de *Récamier*, *Gallard* a recours à celui plus rapide de *Bégin* ; mais, l'état s'aggravant toujours, il pratique trois jours après une ponction avec un gros trocart à paracentèse qui permet de retirer 250 grammes de pus lie de vin.

4 juin. — Nuit plus calme, moins de fièvre, moins de sueur ; le lendemain, le pouls est moins fréquent ; la tumeur s'est affaissée en partie.

5. — Le malade se trouve infiniment mieux ; les douleurs sont moindres, mais toujours réveillées par la pression ; plus de

diarrhée ; comme depuis la veille rien ne s'est écoulé par la sonde, on la remplace par une plus forte et on lave le foyer à l'eau tiède : l'écoulement se rétablit. Le soir, au moment des sueurs, la température est à 37°8, le pouls, à 128.

8. — L'état général est sensiblement meilleur ; le malade mange. Lavages phéniqués.

11. — On remplace la sonde par un tube à drainage pour rendre les lavages plus faciles.

12. — Pouls à 88 ; la quantité de pus qui s'écoule en 24 heures est d'environ un verre.

A partir de cette époque, l'amélioration progressa et ne fut entravée que par une légère rechute de dysenterie. Un an après, le malade était porteur d'une fistule donnant très peu et qui finit par se fermer sous l'influence d'injections iodées journalières.

Observation III

(Résumée)

Abcès du foie volumineux guéri par la ponction et le drainage à l'abri de l'air par le procédé du siphon.

(Extraite des considérations sur l'hépatite suppurée de nos climats et son traitement, par le professeur Arnaud. Marseille, 1887).

L'abcès fut complètement guéri, sans fistule, au bout de quarante jours par le traitement suivant :

1^{er} temps : application de pâte de Vienne suivant la méthode de *Récamier*.

2^e temps : ponction avec un trocart d'assez gros calibre, la canule étant laissée à demeure pendant quelques jours, en

même temps qu'elle est adaptée au siphon pour le lavage et maintenue hermétiquement fermée dans l'intervalle.

3° *temps* : remplacement de la canule métallique par un tube en caoutchouc auquel on adapte une ou deux fois par jour le siphon, afin d'aspirer le pus et faire des injections antiseptiques. Je pouvais par ce moyen drainer l'abcès et le traiter antiseptiquement, tout en évitant l'introduction de l'air, et cela dans un double but : empêcher l'arrivée des germes infectieux et des causes de fermentation du pus ; d'autre part, maintenir le vide dans l'intérieur de la poche intra-abdominale et faciliter ainsi l'accolement et la rétraction de ses parois favorisée par la pression atmosphérique extérieure et intra-thoracique.

Toutes les précautions antiseptiques habituelles avaient été prises ; le champ opératoire lavé, les instruments désinfectés, l'opération faite sous le spray phéniqué. Les lavages furent toujours faits avec la solution tiède d'acide borique, solution saturée à chaud dans l'eau bouillie et filtrée à froid. Quant au siphon, je le construisis moi-même, simplement, de la manière suivante : un tube de verre en *y* est muni de trois tubes en caoutchouc à parois suffisamment résistantes. On a ainsi un siphon à trois branches : une petite branche courte qui doit s'adapter au drain intra-abdominal directement ou par un petit ajustage en verre, et deux branches longues, la supérieure munie d'une balle de plomb destinée à la maintenir plongée dans le réservoir contenant le liquide à injecter, l'autre descendait sur le côté du lit dans un vase qui doit recevoir le pus. Pour amorcer le siphon, trois pinces hémostatiques ou à pression continue, ou même la simple pression entre le pouce et l'index, permettent d'ouvrir et de fermer alternativement les trois branches, de façon à établir à volonté le courant vers la poche ou en sens inverse. Enfin, suivant qu'on élève plus ou moins le réservoir supérieur (je me servais tout simplement d'un récipient soutenu par un aide), on fait varier la force du jet ; de

même il suffit de relever ou d'abaisser le tube inférieur pour diminuer ou augmenter l'aspiration.

Il faut avoir soin de bien remplir et amorcer le siphon avant de l'adapter au tube abdominal, et aussi d'expulser la petite quantité d'air qui peut s'introduire pendant cette manœuvre, avant de le mettre en communication directe avec l'abcès. Pour cela, un moyen très simple est le suivant : il faut ouvrir le tube inférieur, élever légèrement la branche inférieure du tube en *y* ; toutes les bulles comprises dans la branche courte gagnent la partie supérieure et il suffit alors de pincer celle-ci et d'ouvrir la communication supérieure pour chasser ces bulles par en bas. On doit encore, pour plus de sûreté, bien que l'introduction de quelques bulles d'air n'offre pas de très grands inconvénients, commencer par l'évacuation aspiratrice avant de faire l'injection. En prenant ces précautions, j'ai pu laver et évacuer cette vaste poche entièrement à l'abri de l'air, en même temps que la capacité diminuait d'une façon surprenante. De 3080 centimètres cubes de pus que contenait l'abcès le jour de l'opération, la quantité tomba à 90 cent. cubes six jours après ; sa capacité descendue au maximum n'était plus que de 300 centimètres cubes. Jamais il ne s'est produit la moindre odeur, ni symptômes généraux, tant que le traitement fut rigoureusement suivi.

Au moment de la sortie du malade, une légère fistulette persistait, donnant quelques gouttes de pus. J'ai eu l'occasion de voir ce jeune homme deux à trois fois depuis cette époque, et j'ai appris de lui que tout écoulement avait définitivement cessé le surlendemain de sa sortie et ne s'était jamais plus reproduit. Il y a bientôt deux ans de cela, et il n'a jamais plus rien ressenti du côté du foie. Aujourd'hui, c'est un colosse, et il est presque à regretter de ne pas pouvoir invoquer ce cas de dispense devant le conseil de révision.

Observation IV.

Abcès du foie guéri par ponction aspiratrice. (Communication orale du D^r Arnaud.)

En 1881, un malade, du service de M. le professeur *Laget*, porteur d'un petit abcès du foie, fut ponctionné à l'aide de l'aspirateur de Potain; on évacua ainsi 125 grammes de pus lie de vin.

L'état général s'améliora rapidement, et M. le professeur *Laget* en resta là.

Ce malade a guéri radicalement; il a pu être observé durant près de huit mois, étant resté comme infirmier dans la salle où il avait été opéré.

Observation V.

(PERSONNELLE)

Abcès du foie guéri par ponction aspiratrice et injection iodée.

B..., âgé de quarante-huit ans, né à Beaucaire (Gard), chauffeur à la Compagnie Cyprien Fabre, entre à l'hôpital de la Conception, salle Saint-Godefroy, numéro 22, service de M. le D^r Arnaud, suppléé par M. le professeur Boinet, le 15 septembre 1894.

Antécédents héréditaires. — Sans importance.

Antécédents personnels. — Ce malade a eu, il y a trois ans, une pneumonie gauche; il accuse des accès de fièvre intermittente.

tente qui ont disparu, il y a dix mois environ, sous l'influence du sulfate de quinine, et nie absolument la dysenterie (?)

Etat actuel. — B..., revenu, fatigué, du Sénégal, le 4 septembre, s'alitait quatre ou cinq jours après, et se décidait, le 15, à se faire admettre à l'hôpital. Le malade a des frissons, de la fièvre (39°6 le soir de son entrée), des sueurs ; la constipation alterne avec la diarrhée ; appétit diminué, envies de vomir ; il ressent à droite une douleur qui suit les attaches du diaphragme, avec point maximum à la pointe de l'omoplate et irradiation vers l'épaule. Il accuse une légère tension dans l'hypocondre droit ; le foie est augmenté de volume, mais ne dépasse pas le rebord costal ; pas d'ictère. A la percussion, on observe de la submatité à la base du poumon droit ; l'auscultation permet de constater un peu de frottement pleurétique et quelques râles sous-crépitaux.

23 septembre. — M. le professeur *Boinet* prie M. le D^r *Poucel*, chirurgien des hôpitaux, et M. le D^r L. d'*Astros*, médecin des hôpitaux, de vouloir venir examiner ce malade. Le diagnostic est hésitant entre un abcès du foie et une pleurésie diaphragmatique ; cependant, un point douloureux, localisé dans le huitième espace intercostal, fait pencher pour un abcès. La ponction aspiratrice est pratiquée en ce point par M. le D^r *Poucel* ; elle donne 250 grammes environ de pus lie de vin. Un lavage est pratiqué, à l'aide de la canule du trocart, avec une solution iodée à 50/1000°, et la piqûre est fermée à l'aide du collodion iodoformé.

24 septembre. — Très grande amélioration ; la température qui, la veille au matin, lors de l'opération, était de 39°1, tombe, le soir, à 37°2.

25 septembre. — Température : matin, 36°5 ; soir, 37°2.

30 septembre. — Le malade souffre un peu plus le long des attaches du diaphragme. Température : matin, 37°3 ; soir, 38.

1^{er} octobre. — Même état. M. le professeur *Arnaud* reprend le service.

4 octobre. — Le malade souffre moins, mais accuse toujours un peu de douleur et une certaine gêne pendant les inspirations profondes. Température : soir, 37°8.

A partir du 5 octobre, B... n'a plus eu de fièvre, et il sort de l'hôpital, le 28 octobre, dans un état satisfaisant, sauf toujours un peu de douleur qui persiste et contre laquelle on a employé des applications de teinture d'iode.

Observation VI

(PERSONNELLE)

Abcès du foie traité par ponction aspiratrice suivie d'injection iodée, reproduction du liquide, incision large avec suture du péritoine. — Mort.

C... F..., 40 ans, né à Grasse (Alpes-Maritimes), matelot à bord du *Britannia* de la Cie Cyprien Fabre, entre à l'hôpital de la Conception, salle Saint-Joseph, numéro 8, service de M. le professeur *Arnaud*, suppléé par M. le professeur *Boinet*, le 24 septembre 1894, au soir.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — C... a fait un voyage à la Mecque au mois de juin 1893 et y a contracté la dysenterie, qu'il a gardée 18 mois. Le 12 août, il est parti souffrant de Naples pour New-York, et c'est toujours malade qu'il revient à Marseille le 21 septembre. La température, prise plusieurs fois pendant la traversée vers 4 h. du soir, n'a jamais dépassé, d'après lui, 38,2.

Etat actuel. — Le malade a des frissons, de la fièvre, une dyspnée intense et souffre d'une douleur vive siégeant au rebord costal droit, avec irradiation à l'épaule, douleur qui est augmentée par la respiration et surtout par la toux. La percussion révèle une matité à la base des deux poumons, remontant jusqu'au tiers de leur hauteur et des râles de congestion. Pas d'appétit, envies de vomir, langue saburrale. Un peu de diarrhée. Ictère léger. Le foie est tuméfié. Il déborde les côtes de trois travers de doigt; l'hypocondre est saillant, les espaces intercostaux élargis. Temp. : 38,2.

25 septembre. — Le professeur Boinet porte le diagnostic d'abcès du foie et pratique dans le huitième espace intercostal une ponction aspiratrice qui donne issue à deux litres environ de pus couleur lie de vin. Une injection avec la solution iodée à 50/1000 est faite immédiatement. Temp. matin et soir 37,4.

26. — Le malade se sent beaucoup mieux; la respiration est facile, la douleur a presque disparu. Temp. M. 37°-8; S 38°.

28. — La douleur du rebord costal, qui avait complètement disparu, est revenue. Temp. M. 37°4; S. 38°.

A partir de ce jour C... a de nouveau des frissons, des sueurs; la température oscille entre 37°6 et 39°3; la douleur et la dyspnée augmentent de jour en jour et le professeur *Arnaud*, qui a repris le service depuis le 1^{er} octobre, l'évacue le 11 octobre 1894, dans le service de chirurgie de M. le docteur *Gamel*, où il est placé, salle Saint-Jean-Baptiste, n° 10.

14 octobre, matin. — T 37°5, pouls 85; le malade est conduit à la salle d'opérations, vers 9 heures, et chloroformé. Le docteur *Gamel* pratique dans le 7^e espace intercostal une incision de 12 centimètres environ jusqu'au péritoine et resèque par la méthode sous-périostée la 7^e et la 8^e côte, dans une étendue égale; les artères intercostales sont suturées à la soie au sublimé. Le docteur *Gamel* suture aussi le péritoine, puis incise le foie au thermo-cautère dans toute l'étendue de l'incision.

Il évacué ainsi 2 litres $1/2$ à 3 litres de pus chocolat et lave largement la cavité avec de l'eau bouillie chaude, entraînant ainsi les débris sphacelés et les grumeaux, jusqu'à ce que le liquide ressorte clair.

La plaie est suturée, un fort drain en caoutchouc doublé sur lui-même mis en place et un pansement antiseptique avec iodoforme porphyrisé, gaze iodoformée et coton au sublimé, est appliquée. On a soin de collodionner sur le pansement une toile de caoutchouc, présentant une ouverture pour le passage des drains, afin de préserver le pansement de toute souillure.

Soir. — On fait un lavage comme le matin ; le malade ne ressent aucun malaise ; respiration facile. La poche ne contient plus qu'un litre de liquide. T. 38,5, pouls, 92.

Pendant 8 jours, on pratique chaque matin un grand lavage à 40° avec 5 litres d'eau phéniquée à 5/1000 ; le liquide ressort clair vers la moitié de l'injection. Le mieux continue.

22 octobre. — Le pansement est renouvelé, l'incision s'est réunie par première intention ; les drains sont raccourcis ; la suppuration a bien diminué et les lavages ne seront plus faits que tous les deux jours. Le malade se plaint d'une douleur au niveau du grand trochanter et à la région sacrée ; on y constate des escarres qu'expliquent le décubitus dorsal prolongé et l'amaigrissement.

8 novembre. — Le malade n'a plus eu de fièvre depuis le 25 octobre ; il va de mieux en mieux.

16 novembre. — On remplace le drain par un plus petit, qui est mis simple ; on continue les lavages tous les deux jours. L'état général est bien meilleur, l'escarre trochantérienne est guérie, celle de la région sacrée est en bonne voie.

25 novembre. — L'amélioration continue ; la cavité de l'abcès ne contient plus que 80 grammes de liquide environ.

Tout allait au mieux lorsque, le 28 novembre, C... est pris de frissons, de sueurs, de diarrhée, et cela sans fièvre. Le

3 décembre, la dysenterie réapparaît, la suppuration devient noirâtre ; il est pris d'expectoration purulente abondante ; les urines sont troubles, contiennent du sang et du pus et il succombe dans le marasme, le 9 décembre, à 5 heures du soir.

L'autopsie n'a pu être faite.

Observation VII

Rédigée d'après les notes qu'a bien voulu nous communiquer M. le professeur
Boinet (de Marseille).

Abcès du foie ouvert spontanément dans les bronches, traité par l'incision, qui ne fait découvrir qu'un petit abcès secondaire

T..., 30 ans, a eu en 1888 de la diarrhée de Cochinchine et en a guéri.

A la fin de l'année 1892, il contracte une dysenterie qui lui dure plus de trois mois, et ce n'est qu'en juin 1893, qu'il rentre en France. M. le professeur Boinet, qui l'examine à ce moment, constate chez lui une augmentation de volume du foie. Le malade accuse à la partie supérieure de cet organe et en un point bien limité, une douleur spontanée se propageant à l'épaule droite et que la pression augmente d'une manière notable ; la fièvre affecte le type rémittent avec exacerbations vespérales. T... va faire une saison à Vichy pendant le mois de juillet. Après 4 ou 5 jours de traitement thermal, il a une forte vomique d'un pus couleur brique pilée. Depuis cette époque, il continue à en cracher avec une certaine abondance, et M. le professeur Boinet a trouvé à plusieurs reprises dans son expectoration des cristaux de bilirubine.

T... va à Paris au mois de septembre consulter M. le doc-
Segond, qui lui fait dans le 8^e espace intercostal une incision

de dix centimètres environ, lui resèque la 8^e et la 9^e côte dans la même étendue et débride le foie sur toute la longueur de l'incision. Ce chirurgien ne trouve qu'un petit abcès de la grosseur d'une noix, et le malade revient à Marseille crachant toujours du pus briqueté avec la même abondance. Il est à supposer que le véritable foyer n'a pas été rencontré et que celui qu'a fait reconnaître l'opération n'était pas la cause véritable de la vomique.

Etat actuel. — L'état général de T... est des plus satisfaisants ; il n'est pas maigre, n'a pas de fièvre, pas de diarrhée, mange de bon appétit ; en un mot, il ne paraît pas défavorablement influencé par son expectoration, qui certains jours est même sanglante. Le malade est porteur d'une fistule cutanée de quatre centimètres de profondeur, consécutive à son opération, que le professeur Boinet traite par des injections iodées et qui est en voie de guérison.

Observation VIII

Abcès au foie, ponction exploratrice, incision, épanchement probable de pus dans le péritoine. — Guérison.

X., âgé de 28 ans, était entré dans le service de M. le docteur *Raymond*, présentant des douleurs à la région hépatique avec poussées de fièvre, qui duraient depuis deux mois. En même temps il avait beaucoup maigri, et son état général était mauvais. Comme antécédents, on relevait une chute sur le côté droit suivie d'un long séjour au lit et une dysenterie, il y a 7 ans, pendant un séjour à la Nouvelle Calédonie.

M. *Raymond* constata l'existence d'une tuméfaction de la région hépatique, retira du pus par une ponction exploratrice, et envoya le malade dans le service de M. le docteur Peyrot. Ce dernier enfonça un trocart sur le point le plus saillant de la tumeur, à un centimètre du rebord des fausses côtes ; puis, le pus s'échappant, fit une incision verticale de 5 centimètres pénétrant dans le foyer. Après issue de deux litres de pus, il lava la cavité de l'abcès avec de l'eau phéniquée faible. Il fut impossible d'introduire des drains, par suite de la disparition du parallélisme entre l'incision de la peau et l'incision hépatique.

Le malade se plaignant beaucoup, on donna du chloroforme et on trouva facilement l'incision hépatique, que l'on sutura par l'ouverture abdominale à l'aide de deux points de catgut. Comme ces recherches avaient duré une vingtaine de minutes, avant que l'on eût pu placer les drains pour faire le lavage, il était probable que du pus avait coulé dans le péritoine. Cependant, à part un peu de fièvre due à la bronchite et au léger écoulement de bile au dehors, il ne se produisit aucune complication et la guérison fut rapide. (*Société de Chirurgie*. — Janvier 1894).

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier le 14 décembre 1894.

P. le Recteur :
L'Inspecteur d'Académie,
L. YON.

VU ET APPROUVÉ :
Montpellier le 14 décembre 1894.

Le Doyen,
MAIRET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ANNESLEY. — Researches on diseases of the India. — 1825.
- ARNAUD (F.) — Considérations sur l'hépatite suppurée de nos climats et son traitement. — Marseille 1887.
- BÉRANGER-FÉRAUD. — Traité clinique des maladies des Européens. — Paris 1876.
- BOINET (professeur à Marseille). — Notes sur quelques abcès du foie observés au Tonkin. — Montpellier-Médical 1891.
- BOINET (de Paris). — Mémoire cité par Rendu.
- BUDD. — On diseases of the liver. — Churchill 1857.
- CAMBAY. — Traité des maladies des pays chauds et spécialement de l'Algérie. — Paris 1847.
- CARAVIAS. — Thèse de Paris 1883.
- CATTELOUP. — Des maladies du foie en général — In Recueil mém. méd. mil. 1845.
- CORRE. — Traité des maladies des pays chauds. — Paris 1847.
- DIEULAFOY. — Traité de l'aspiration.
- DUJARDIN-BEAUMETZ. — Clinique thérapeutique. — Paris 1880.
- DUTROULAU. — Traité des maladies des Européens dans les pays chauds. — Paris 1868.
- FABRE A. (professeur). — Fragments de clinique médicale. — Marseille 1881.
- GALLARD. — Clinique médicale de la Pitié. — Paris 1877.
- GAURAN. — Contribution à l'étude de l'hépatite suppurée des pays chauds. — Thèse de Bordeaux 1886.
- GRAVES. — Clinique médicale et Notes du traducteur. — Paris 1860.
- HASPEL. — Traitement des abcès du foie. — Gazette de Paris 1846.
- KELSCH et KIENER. — Traité des maladies des pays chauds. — Paris 1889.
- LAVIGERIE. — De l'hépatite et des abcès du foie. — Thèse de Paris 1866.

- LONG. — Diverses méthodes de traitement des abcès du foie. —
Thèse de Montpellier 1884.
- MAC-LEAN. — Article Abcès du foie. — In Regnold's syst. of medecine.
- MARBOUX. — Du traitement des abcès du foie. — Revue de Chirurgie.
Mai 1887.
- MONNERET. — Traité de pathologie interne. — Paris 1864.
- MURCHISSON. — Ain lectures on diseases of the liver. — London
1877.
- RENDU. — Article Foie. — Dictionnaire encyclopédique de Decham-
bre, 4^e série, tome III (3).
- ROCHARD (J.). — Académie de Médecine, années 1880, 1882 et 1887.
- ROUIS. — Recherches sur les suppurations du foie. — Paris 1860.
- SACHS. — Traité de l'hépatite des pays chauds.
- STROMEYER, LITTLE et Ayme. — Archives de médecine navale (Dé-
cembre 1880).
- TROUSSEAU. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. — Paris 1868.
- ZIMMERMANN. — Traité de la dysenterie (traduit de l'Allemand) 1773.
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que ie sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
